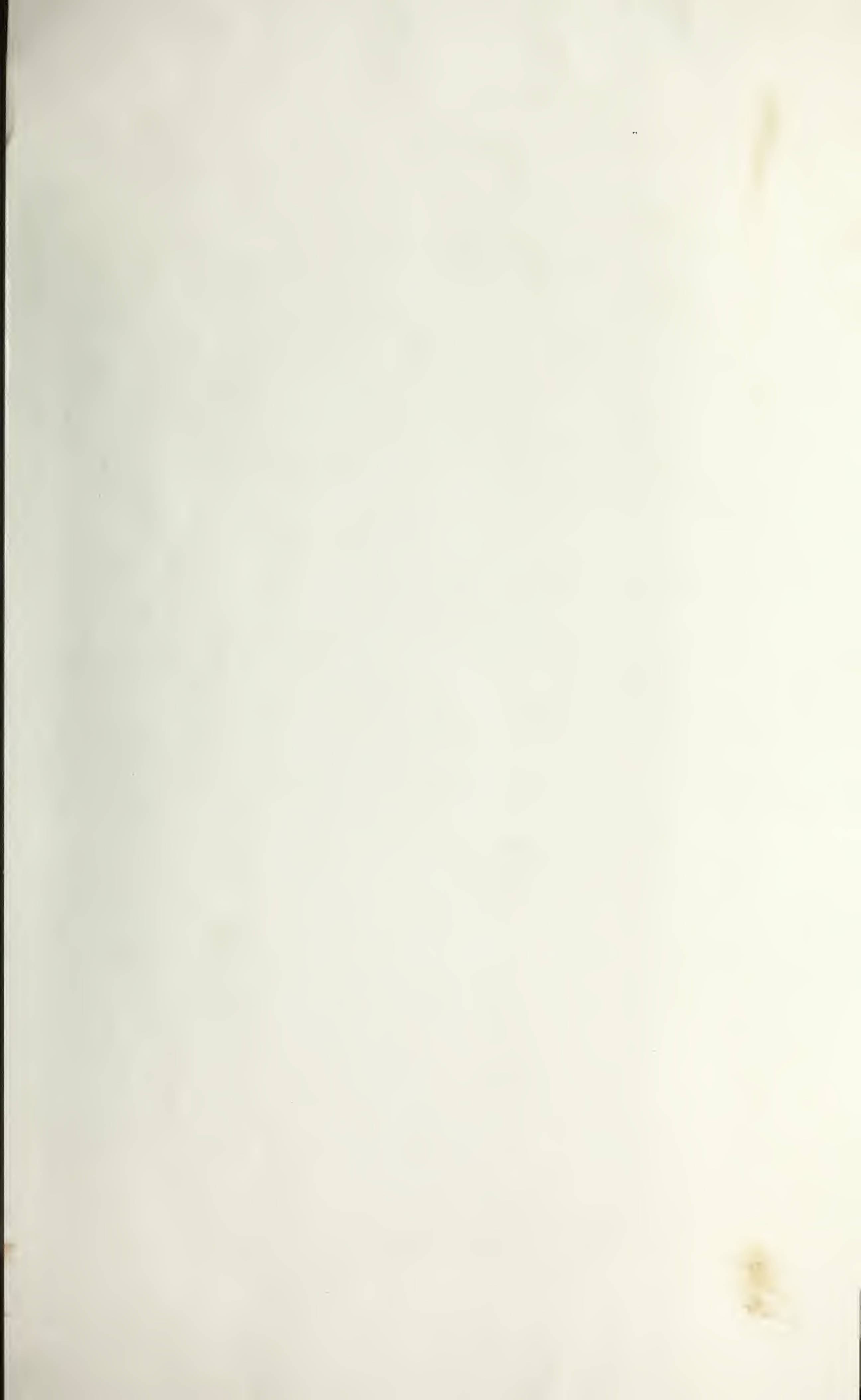


APPLICATION

DE L'OSTÉOTOMIE

A L'ORTHOPÉDIE.

I.

Pied équin avec ankylose osseuse de l'articulation tibio-tarsienne. Ostéotomie cunéiforme du tibia et du fibula. Guérison.

Observation communiquée à l'académie des sciences de Paris dans la séance du 18 Mars 1861.

II.

Ankylose osseuse de l'articulation coxo-fémorale à angle droit avec abduction. Ostéotomie cunéiforme du fémur. Guérison.

Observation communiquée à l'académie des sciences de Paris dans la séance du 21 Avril 1862.

Par

le Docteur H. W. Berend,

directeur de l'établissement orthopédique de Berlin, chevalier de plusieurs ordres, membre de la société de chirurgie et de la société médico-pratique de Paris etc.

(Extrait du compte rendu de l'académie des sciences de Paris des années 1861 et 1862.)

Avec 6 xylographies faites d'après des photographies.

Berlin 1862.

Chez August Hirschwald.



I.

Pied équin avec ankylose vraie de l'articulation tibio-tarsienne, à la suite d'une fracture du tiers inférieur du tibia avec subluxation du pied en dehors. Ostéotomie cunéiforme du tibia et du péroné; guérison avec rétablissement de la forme normale et de la progression normale sur la plante naturelle du pied.

L'observation d'un pied équin au plus haut degré, provenant d'une ankylose vraie de l'articulation tibio-tarsienne, et pour lequel j'ai pratiqué l'ostéotomie du tibia et du péroné, me semble, si je suis bien au courant de notre littérature médicale, présenter le premier et le seul cas de ce genre, où l'ostéotomie ait été couronnée de succès. M. Velpeau seulement avait proposé cette opération (1839) pour l'ankylose du pied équin comme l'ostéotomie du radius et du cubitus pour l'ankylose de la main mot (Velpeau, méd. opératoire, T. I. p. 593.) sans qu'elles soient mises en pratique depuis.

Je dois, pour obvier à toute méprise, faire observer que l'application de l'ostéotomie au traitement du pied équin suppose nécessairement, non seulement la rétraction des gastrocnémiens (du bifémoro-calcanien), mais encore l'existence d'une ankylose complète; car il est inutile de dire que dans tous les autres cas, même dans ceux où elle est le plus avancée, la ténotomie, aidée de l'orthopédie, est un remède souverain.

Je n'ai d'ailleurs rencontré que deux fois l'ankylose complète de l'articulation tibio-tarsale dans le pied équin: la première fois, quand je la soupçonnais le moins chez un sujet de vingt-quatre ans affecté d'hémiplexie, et la seconde dans le cas qui fait le sujet de l'observation suivante.

Chose aussi singulière qu'instructive pour moi, je ne fus pas peu surpris de voir au musée Dupuytren, pendant mon dernier séjour à Paris, au mois de septembre 1860, le squelette de la partie inférieure d'une jambe (No. 707) avec cette étiquette:

Ankylose de l'articulation tibio-tarsienne par suite d'une subluxation du pied en dehors avec fracture.

Observation.

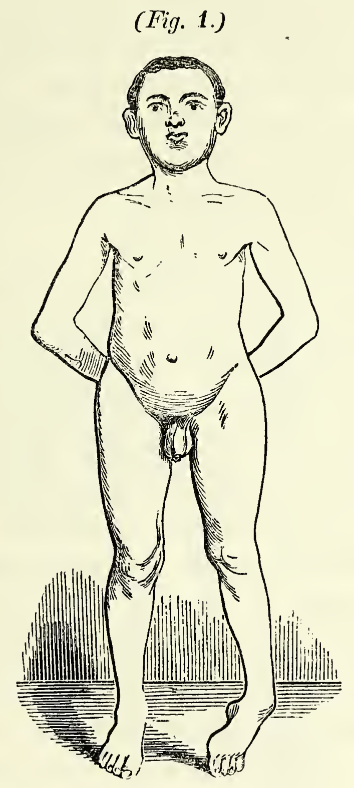
Frédéric Peterson, âgé de seize ans, fils d'un propriétaire de Fornau, près de Wittenberg, faisait remonter l'origine de ses souffrances à une chute qu'il avait faite deux ans auparavant d'un arbre sur lequel il avait grimpé. La fracture compliquée qui en était résultée n'ayant été soumise à aucun traitement méthodique, il survint une violente inflammation, laquelle détermina une suppuration abondante et expulsion d'un séquestre considérable, qui n'eut lieu qu'au bout de plusieurs mois.

Lorsque le malade fut amené à mon établissement, le 7 mai de l'année dernière, il se trouvait dans l'état suivant (*Fig. 1.*):

Debout, le malade ne s'appuie que sur l'extrémité des orteils. Le talon est à 4 lignes du sol. La malléole externe présente une cicatrice étoilée et fait une saillie considérable en dehors. La jambe forme jusqu'au genou une ligne presque tout à fait droite, pendant que le pied offre une position oblique en dedans. Quand le malade est assis, la difformité que nous venons de décrire persiste; la malléole externe fait une forte saillie; le tendon d'Achille est extrêmement tendu. Les efforts de réduction ne font point disparaître la difformité. Le pied conserve la tem-

pérature et la couleur normales. Le mollet, mesuré dans sa plus grande circonférence, diffère d'un pouce environ de celui du côté sain. L'atrophie s'étend à la cuisse, de sorte que le contour de

(Fig. 1.)



cette dernière diffère aussi d'un pouce de celui de l'extrémité saine.

En marchant, le malade ne s'appuie que sur les extrémités des orteils, et le pied fléchit un peu en dehors. Tous les mouvements du pied, flexion, extension, adduction et abduction, sont entièrement supprimés; ceux des orteils seulement, à un faible degré, subsistent encore.

Plus de trace de mouvement dans l'articulation tibio-tarsale. Je crus néanmoins que je me trompais peut-être, mais la section

du tendon d'Achille restée sans résultat, et les tentatives tout à fait infructueuses de l'orthopédie pendant deux mois, malgré l'emploi d'un appareil pour le pied-bot de construction nouvelle et d'une grande force, m'apprirent, à n'en plus douter, que nous avions affaire ici à un pied équin et en même temps à une ankylose osseuse de l'articulation tibio-tarsale. Il ne restait donc plus d'autre ressource que l'ostéotomie du tibia et du péroné. Je pratiquai cette opération le 11 août 1860, en présence de MM. les Drs Schwarz, Wolfert, Goebel, Rosenkranz etc., de la manière suivante:

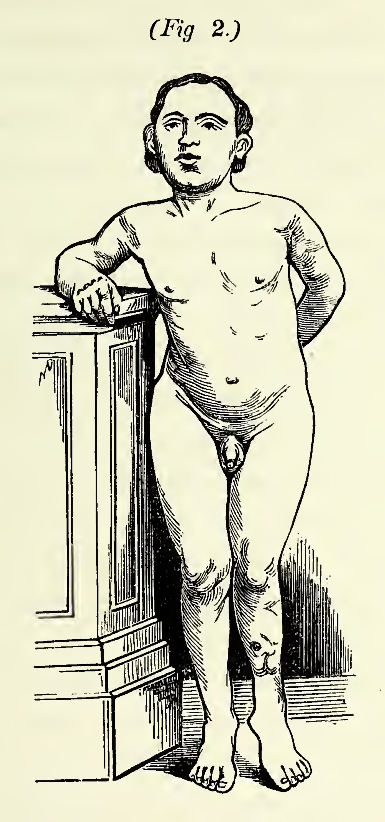
1. **Ostéotomie du tibia.** — Incision de la peau de 2 pouces d'étendue, à partir du tiers inférieur de cet os, et le long de la crête; décollement du périoste; section d'une portion cunéiforme du tibia et large de 1 pouce environ à sa base ou face antérieure, au moyen de la scie de Jeffray, puis de la scie à couteau; enfin soulèvement et extraction de cette même portion du tibia à l'aide de la double tenaille à résection.

2. **Ostéotomie d'une portion du péroné, longue de 2 pouces, après incision préalable de la peau.** — Il ne fallut lier aucun vaisseau. Adaptation des surfaces osseuses résultant de l'ostéotomie. Application de l'appareil de plâtre, de manière que la plante du pied forme un angle droit avec la jambe. Les orteils, après l'opération, exécutent tous leurs mouvements. Vessie de glace. La nuit, une dose de morphine; du reste, traitement antiphlogistique.

L'appareil dut être levé au cinquième jour, et remplacé par un appareil éclissé, plus simple. Le pied, à partir de ce temps-là, resta plusieurs mois couché dans une caisse garnie de coussins, de sorte qu'il était facile de renouveler l'appareil et de s'assurer de l'état des plaies. La fiévre de réaction, bien qu'elle fût en elle-même assez violente, ne sortit point, dans les premières semaines, de certaines limites. Excepté dans les premiers jours

qui suivirent l'opération, il ne fut plus nécessaire d'administrer la morphine. Le malade dormit régulièrement toutes les nuits, et l'appétit resta satisfaisant. Les deux plaies résultant de l'opération montrèrent dès l'abord des bourgeons charnus magnifiques, si flasques, il est vrai, durant les six premières semaines, qu'elles

(Fig 2.)



offraient presque l'aspect de fongosités et qu'elles nécessitèrent un pansement plus adstringent avec la teinture de myrrhe et la quina. Ce n'étaient toutefois que les salutaires efforts des forces médicatrices et reproductives. Il survint plusieurs hémorrhagies; la plus forte, en septembre, à la plaie du péroné; elle fut arrêtée au moyen de la compression.

Au commencement du cinquième mois les os réséqués étaient consolidés, et la plante du pied rendue à sa position normale. Depuis trois semaines, le malade court et s'appuie sur toute la plante du pied avec un soulier exhaussé d'un pouce et demi. Des esquilles nécrosées, en petit nombre et d'un volume peu considérable, ont été éliminées et se sont fait jour à travers les plaies. Dans le courant de la dernière quinzaine, quelques-unes de ces esquilles sont sorties d'elles-mêmes d'une fistule qui s'était formée au mollet. La peau de la surface antérieure de la jambe est encore amincie et disposée aux érosions. Au reste, tout est à souhait dans l'état général du malade (*Fig. 2.*), qui a été présenté guéri à la société médicale le 27 février 1861, et dans une autre société médicale de Berlin, présidée par moi-même, le 23 février 1861.

II.

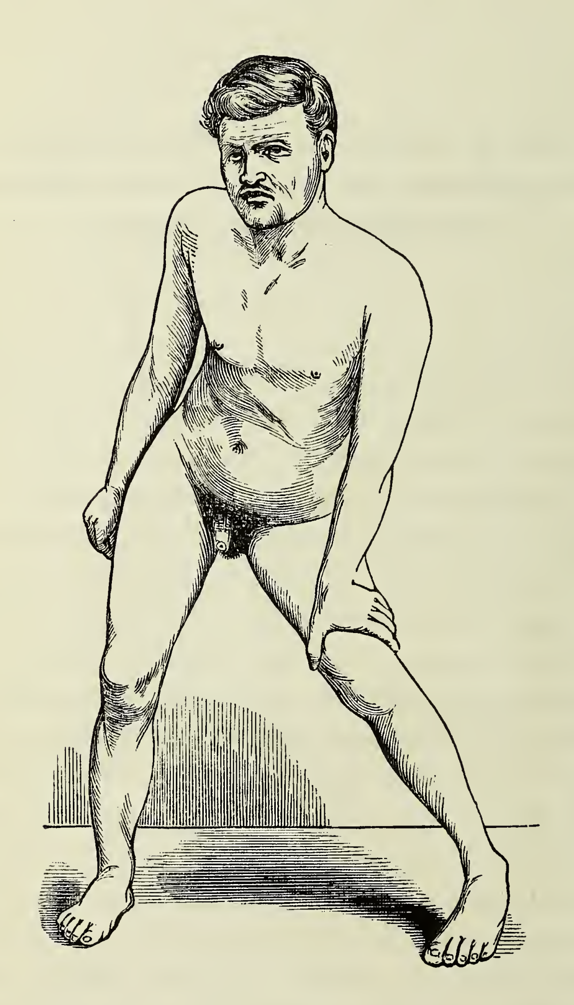
Ankylose vraie de l'articulation coxo-fémorale gauche, à angle droit, avec abduction, par suite d'une coxite rhumatismale. Ostéotomie cunéiforme, guérison.

Guillaume Krueger, âgé de vingt-sept ans, campagnard, fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre 1860. Elle s'annonça par des douleurs rhumatismales aigues dans le membre thoracique droit et dans le dos, accompagnées de frisson et de chaleur. La douleur du bras céda à l'emploi d'une saignée, mais le rhumatisme aigu s'établit avec toute son intensité dans la cuisse gauche et, après un séjour au lit de douze semaines, produisit chez ce malade d'une santé jusque là robuste, et d'une forte constitution, une difformité considérable qui persistait encore le 30 avril 1861 à son entrée dans mon établissement. (*Fig. 3.*)

Quand il veut faire porter le poids du corps sur les deux pieds à la fois, le tiers antérieur seulement du pied gauche repose sur le sol. Il appuie alors les deux mains sur l'articulation du genou. Le tronc, incliné à gauche, forme un angle obtus en avant. La fesse droite est proéminente, celle du côté gauche est aplatie, avec un pli plus profond. Les deux genoux, mais surtout le gauche sont fléchis à angle obtus. La région dorso-lombaire de la colonne vertébrale présente une courbure considérable à gauche.

Lorsque le malade cesse de s'appuyer avec les deux mains sur les genoux et qu'il essaie de se tenir debout sans appui il

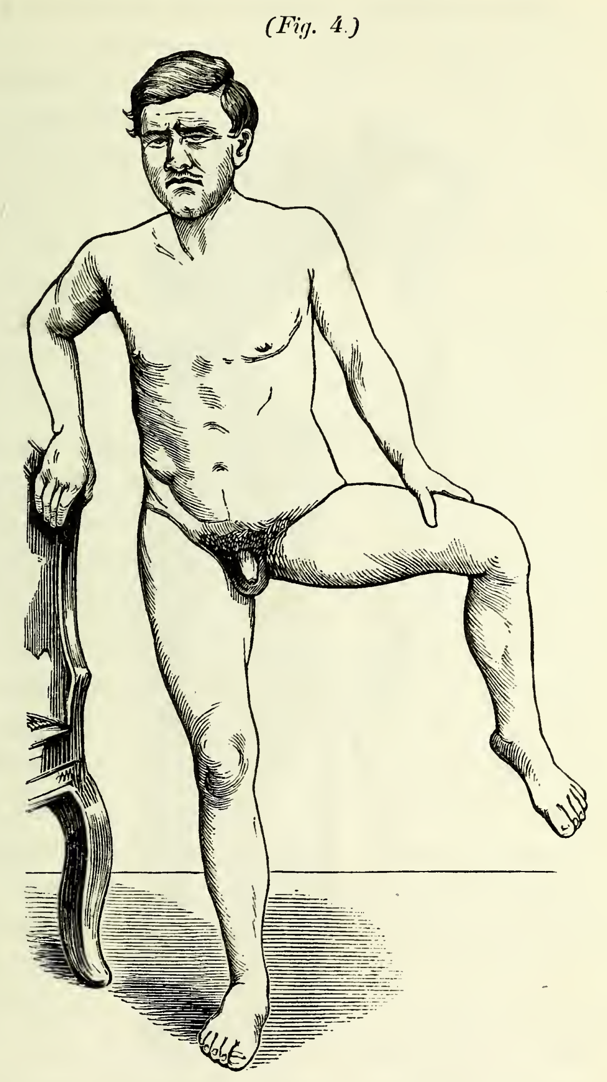
(Fig. 3.)



ne peut le faire qu'à l'aide de l'extrémité droite (*Fig. 4.*), qui alors paraît parfaitement droit et à l'état normal, tandis que le côté gauche du bassin est abaissé de deux pouces et que la cuisse

gauche, fléchie à angle droit avec le tronc, se trouve en même temps dans une forte abduction.

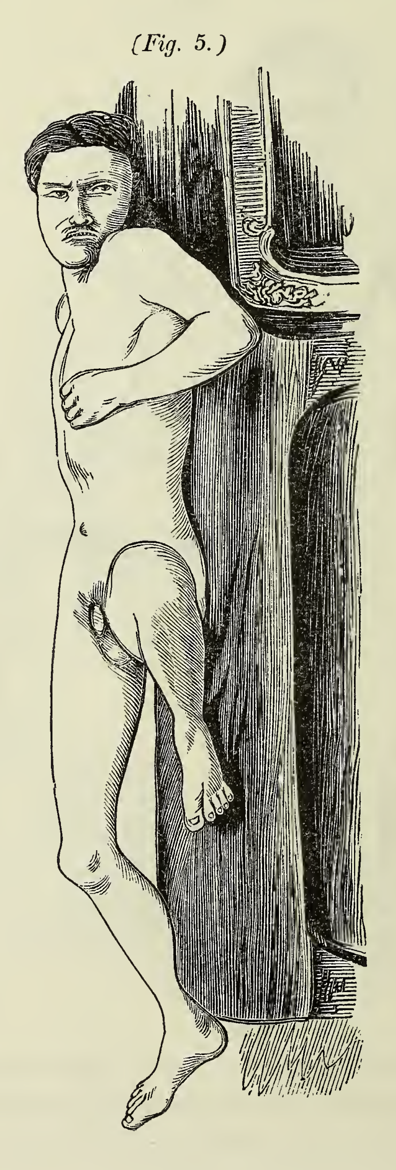
(Fig. 4.)



En arrière la colonne vertébrale offre un aspect tout à fait normal; la fesse gauche est un peu aplatie, mais le pli est droit. L'articulation du genou jouit de tous ses mouvements.

Position horizontale. (*Fig. 5.*) — Le dos repose sur le plan où le malade se trouve placé. L'extrémité droite n'offre aucune déviation. Le côté gauche du bassin présente un abaissement de

(*Fig. 5.*)



deux pouces. La cuisse gauche, ankylosée à angle droit, est dans une forte abduction.

En voulant imprimer un mouvement de rotation à la tête du fémur, on n'obtient qu'une mobilité imperceptible qui ne se passe évidemment que dans la symphyse sacro-iliaque.

La marche sans bâton et sans béquilles est presque impossible et le malade l'effectue en inclinant fortement le côté gauche du bassin, en appuyant le bras gauche sur le genou et en imprimant des mouvements au côté gauche du bassin; le tronc penche fortement en avant et de côté.

L'état dont nous venons de faire une description détaillée, et constaté par les membres de la société médicale de Berlin auxquels j'avais présenté le malade, rendait impossible l'emploi des moyens orthopédiques ordinaires. On ne pouvait avoir recours à la myotomie, pas plus qu'on ne pouvait tenter l'extension brusque sans s'exposer à une fracture grave du bassin. C'est pourquoi je pratiquai le 10 Mai l'ostéotomie de la manière suivante:

Chloroformisation du malade. Le malade est couché sur le côté droit. Incision de la peau jusqu'à l'os, longue de trois pouces, commencée un peu au-dessus du grand trochantér, dirigée transversalement en dehors, vu la position anomale du membre dans l'abduction et dans la flexion à angle droit. Dénudation de l'os et section à l'aide de la scie de Charrière et de la scie à couteau, que je préférai à la scie à chaîne à cause de la difficulté d'introduire cette dernière entre l'os et les parties molles.

Résection cunéiforme d'une portion de l'os dont la base était de trois quarts de pouce.

Cette opération, qui n'a donné lieu à aucune hémorrhagie excessive, a été facilitée beaucoup par l'application de larges érignes fenêtrées de mon invention. Réunion de la plaie au moyen de fils de soie et de fils d'argent. Bandages de compression pour empêcher l'hémorrhagie. Pansement ouaté, application de la grande

gouttière de Bonnet. Dans les six premiers jours fièvre modérée, régime antiphlogistique. Le sixième jour on retire les fils.

Depuis ce temps il n'arriva rien de remarquable excepté un érysipèle périodique, et à diverses reprises, de la cuisse opérée dépendant d'une suppuration assez long-temps fétide au fond de la plaie. L'application prolongée de cataplasmes et une petite incision au côté antérieur de la cuisse suffirent pour combattre cet accident. Il fallut seulement écarter la gouttière et se borner à un pansement plus simple pour mieux nettoyer le malade. Celui-ci, grâce à une bonne nourriture, commença quatre mois après l'opération, à prendre des bains qui aidèrent puissamment à la guérison et favorisèrent l'issue de petits fragments nécrosés. On commença à imprimer des mouvements passifs pour obtenir la mobilité de la fausse articulation, mais ils furent souvent interrompus à cause de l'irritabilité du malade. Au mois de février, neuf mois à peu près après l'opération, je fis commencer quelques exercices gymnastiques dans le même but et en même temps pour fortifier le membre opéré. Au commencement du mois d'avril, le malade parfaitement guéri fut présenté à plusieurs sociétes de Berlin et entre autres à celle de Houfeland dans cet état très satisfaisant (*Fig. 6.*):

Il ne présente plus aucune difformité, il fait les courses les plus longues sans autre appui qu'un petit bâton et sans boîter. Aussi bien que le bassin, les trochantérs et les plis de la fesse n'offrent rien d'anormal. Il existe à la région du grand trochantér une petite proéminence par suite de la régénération osseuse. Le raccourcissement d'un pouce et demi du membre, conséquence de l'ostéotomie, disparaît tout à fait par une semelle exhaussée. Bien que la nouvelle articulation ne jouisse pas d'une mobilité parfaite, et que la flexion soit un peu gênée, le malade, à l'aide de l'articulation ilio-sacrale, exécute tous les autres mouvements, de manière qu'il a vraiment retrouvé l'usage d'un membre tout à

fait inutile, à la difformité duquel tout le corps du malade participait avant l'opération, tandis que ce dernier offre maintenant une rectitude parfaite.

(Fig. 6.)



Cette opération pratiquée par moi est la huitième de ce genre qui ait été faite jusqu'à ce jour. Elle n'avait été pratiquée encore que 3 fois en Amérique par Barton (1826), Rodgers et Kearny, en France par Maisonneuve, en Holstein par Ross, en Allemagne par Textor et Weber. Le cas pour lequel j'ai mis en pratique l'ostéotomie diffère de tous les autres en ce que l'ankylose était en même temps à angle droit et dans l'abduction.

Imprimerie de Jules Sittenfeld à Berlin.



